



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

# **Terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da depressão**

**Tiago Manuel Oliveira da Silva Duarte**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Carlos Leitão

**Covilhã, Maio 2016**

## Agradecimentos

Este curso foi uma luta para mim, pelo esforço constante de superação e pelo que foi necessário prescindir ao aventurar-me numa cidade nova e tão diferente, mas não estive sozinho, e sem a minha família nada disto seria possível de viver. Estes agradecimentos são, acima de tudo para eles, para a minha mãe, o meu irmão e a minha cunhada. Não consigo aqui mostrar a dívida de gratidão que tenho por tudo o que fizeram por mim, foram sempre o pilar essencial que me permitiu sonhar, sorrir e acreditar que podia atingir os meus objectivos. No fundo, acredito que sou um privilegiado, porque apesar de todas as dificuldades, todas as dúvidas e problemas por que passámos, a mim, foi-me dada a possibilidade de viver protegido, de me poder concentrar no que era meu objectivo tendo de ser eles a sacrificar-se por mim. Há muito mais a dizer mas não tenho espaço para escrever aqui. Vou tentar, ao longo da minha vida, retribuir a fé, o amor, tudo vou fazer para que sintam e percebam, com muito orgulho, que aquilo que eu sou, sou-o por quase exclusivamente a essas três pessoas. Obrigado.

Aos amigos de sempre, não preciso de nomear, tenho de agradecer apenas, a disponibilidade para mim, para os meus devaneios e o por me terem conseguido fazer-me acreditar em mim de todas as vezes que me fui abaixo. A eles prometo que ao longo da vida tentarei cultivar essa amizade, esse carinho que nos une, que no fundo nos torna, não a família de sangue, mas aquela que escolhemos.

Por fim o agradecimento ao meu orientador, pela atenção ao longo de todo este processo, por ter estado sempre disponível para me ouvir e aconselhar, desde do início, em que nada sabia, até ao fim, ajudando a atingir este produto final. Este é um tema que sempre me interessou e agradeço a possibilidade de o trabalhar. É demasiado atual e, infelizmente, envolve-nos a todos, apercebendo-nos ou não disso. Agora sinto que serei mais capaz de entender e ajudar as pessoas, desde as mais próximas a mim até às que encontrar no âmbito da minha profissão.

## Resumo:

A depressão é uma doença cada vez mais prevalente em Portugal e no mundo. É uma condição médica séria, fonte de grandes gastos na saúde, causa de grande morbilidade e de grande sofrimento para os doentes e familiares, provocando significativa perda de qualidade de vida. Existem diversos tratamentos para este transtorno, desde psicoterapia, psicofármacos, técnicas de relaxamento, exercício físico e terapia electroconvulsiva. Nesta revisão interessa avaliar a psicoterapia, mais particularmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), quer como terapia de 1ª linha quer como coadjuvante a fármacos, sobretudo no tratamento da depressão leve a moderada, que poderá ser diagnosticada e tratada por clínicos gerais e não necessariamente por especialistas.

**Objetivos:** Esta monografia tem como objetivo rever literatura existente sobre técnicas de TCC utilizadas no tratamento da depressão. Estas técnicas atentam num modelo cognitivo/comportamental para perceber a origem e elaborar tratamentos para os diversos transtornos mentais. Nesta monografia, a depressão, que é vista como as dificuldades em regular emoções negativas e/ou incapacidade de gerir medos e problemas que são inerentes à própria vida, será o transtorno abordado.

**Métodos:** Análise de artigos publicados na base de dados PubMed. Recurso a livros e manuais sobre Depressão e TCC's.

**Conclusão:** É possível identificar melhoria sintomática com o uso de TCC quer como 1ª linha, quer como coadjuvante, sendo que as melhorias se apresentam como duradouras em follow-ups até um ano, como é evidenciado em diversos estudos. Contudo, existem ainda muitas limitações nestes estudos, quer por reduzido número de estudos relevantes, quer por falta de adesão terapêutica. Estas limitações são extensíveis, em certa medida, aos outros tratamentos.

**Palavras-chave:** Terapias Cognitivo-Comportamentais, Depressão, Cognição, Comportamentos, Pensamentos

## Abstract:

Depression in Portugal and the rest of the world is becoming a disease more and more prominent. It's a serious medical condition, source of great health costs, cause of great morbidity and of a great deal of suffering for patients and relatives, resulting in a great decrease on the quality of life.

There are several options of treatment for this torment: from physiotherapy, psychotropic, relaxing techniques, to physical exercising and electroconvulsive therapy. In this revision, what's more relevant is to evaluate psychotherapy, more particularly cognitive - behavioral (TCC), as much as a first-line therapy as a supporter of pharmaceuticals, especially regarding light and moderated cases of depression, that can be diagnosed and treated by general clinical personnel and not necessarily specialists.

**Objectives:** This monograph has as objective to review existent literature on TCC techniques used in depression treatment. These techniques use has a base a cognitive/behavioral model in order to understand the origin and elaborate treatments for the several mental afflictions. On this monograph, depression, which is seen as a difficulty in regulating negative emotions and/or incapacity of managing fears and problems related to life itself, will be the affliction addressed.

**Methods:** Review of published articles on PubMed's database. Resourcing to books and manuals on Depression and TCC's.

**Conclusion:** It's possible to identify a symptomatic improvement by using TCC as a 1 liner and as a supporter, the case being that the improvements are presented as lasting in follow-ups to a year, as shown in several studies. However, these studies have yet many limitations: from a reduced number of relevant studies, to a lack of therapy accession. These limitations are extensive, in a certain way, to the other treatments.

**Key-words:** Cognitive - behavioral therapies, Depression, Cognition, Behaviors, Thoughts.

# ÍNDICE

1) Introdução .....	1
a) Distúrbios mentais .....	1
b) Objetivos .....	1
2) Depressão .....	3
a) Epidemiologia .....	3
b) Fisiopatologia .....	3
i) Modelo biológico da depressão .....	3
ii) Modelo Cognitivo ou Psicossocial .....	4
c) Critérios DSM-V .....	5
d) Depressão Major .....	6
e) Distímia .....	8
f) Entidades Depressivas .....	8
g) Tratamentos e Prognóstico .....	10
3) Terapias Cognitivo-Comportamentais .....	12
a) Bases históricas .....	12
b) Bases teóricas .....	13
c) Aplicação de TCC's .....	14
iii) Fundamentos da terapia .....	14
d) Guia de TCC no Tratamento da Depressão .....	18
iv) Introdução .....	18
v) Pensamentos afetam o humor (sessões 1 a 4) .....	20
vi) Atividades afetam o humor (5 a 8) .....	22
vii) O contacto com o outro influencia o humor (9 a 12) .....	23
4) Revisão de artigos .....	25
a) Métodos .....	25
5) Resultados .....	26
a) Os efeitos das TCC .....	26
b) Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental .....	26
.....	29
c) Terapia Cognitiva vs Farmacoterapia no tratamento da depressão .....	30
6) Discussão e Conclusão .....	32
7) Referências Bibliográficas .....	33
8) ANEXOS .....	35

# 1) Introdução

## a) Distúrbios mentais

Segundo a OMS, a depressão afeta 350 milhões de pessoas de todas as idades, sendo a causa líder de morbilidade e um dos maiores contribuintes para a carga de doença global (1).

Transtornos de humor são uma categoria diagnóstica que conta com transtornos bipolares, entre os quais a mania, hipomania, depressão bipolar, estados mistos e ciclotimia. Contam ainda com diagnósticos de transtornos depressivos unipolares do humor, matéria desta monografia, na forma de depressão major e distímia.

Ao contrário de outras alterações e flutuações do humor que podem ser de curta duração e em resposta aos desafios do dia-a-dia, a depressão é caracterizada por ser duradoura, com grande probabilidade de recorrer ao longo dos anos. É responsável por grande sofrimento e perda de qualidade de vida quer dos doentes quer dos familiares. Leva a diminuição do rendimento e da função na escola ou no trabalho. No seu pior de gravidade pode levar a suicídio (2).

Apesar de haver vários tratamentos conhecidos e eficazes, o número de casos em Portugal tem aumentado e acredita-se que existam muitos mais por diagnosticar. Atendendo à conjuntura económica e dificuldades profissionais que se vive em Portugal é imperativo olhar para a depressão e outros distúrbios de humor como doenças de primeiro plano, com tendência para aumento da sua prevalência e, conseqüentemente, com aumento dos encargos com a saúde.

Não se podem menosprezar alternativas terapêuticas e é preciso ter cuidado redobrado para o diagnóstico destes distúrbios, podendo, os doentes, começar a receber tratamento desde os cuidados primários.

## b) Objetivos

A depressão tem diversos tratamentos disponíveis que, em particular ou em conjunto, demonstraram já ser eficazes, quer no alívio sintomático quer na manutenção da saúde mental a longo prazo. No entanto, continuam a existir barreiras ao sucesso terapêutico, por falta de adesão, custos dos tratamentos, estigma em relação à doença, subdiagnóstico ou efeitos adversos de medicação.

Assim, é tema desta dissertação:

- Conhecer a fisiopatologia da depressão, classificá-la e compreender o seu impacto na população.

### **Terapias Cognitivo-Comportamentais no Tratamento da Depressão**

- Compreender os mecanismos utilizados pelas TCC para o tratamento da depressão.
- Avaliar em que medida as técnicas de TCC e, com diferentes formas de aplicação, estas podem contribuir para a melhoria de sintomas e para a manutenção de saúde.
- Mostrar, de forma simples, como estes tratamentos podem ser úteis a qualquer clínico, nomeadamente os Médicos de Família nos Cuidados de Saúde Primários.

## 2) Depressão

### a) Epidemiologia

A depressão pode ser encarada como um distúrbio afetivo de personalidade que tem acompanhado a humanidade ao longo da sua História. O ser humano é caracterizado por diferentes humores - alegria, tristeza, raiva e medo - e alterações na capacidade de gerir ou expressar estes humores pode predispor à depressão. A depressão pode ser vista como uma síndrome, um sintoma ou uma entidade nosológica, tendo uma enorme diversidade de apresentações. Apesar de ainda existir controvérsia sobre a definição, semiologia e diagnóstico da depressão, é unânime que elementos de depressão e tristeza são inerentes a condição humana. A depressão, em conjunto com perturbações de ansiedade, são as doenças psiquiátricas mais frequentes(3).

Em Portugal, estima-se que perturbações mentais diversas afetem mais de um quinto da população, com maior destaque para as perturbações de ansiedade (16.5%) e depressivas (7.9%). Sendo que Portugal é o segundo país da UE com maior taxa de depressão, dados apontam ainda para que um terço da população com perturbações mais graves não estejam a receber qualquer tipo de tratamento. A taxa de suicídio é, em Portugal, 8/100.000 habitantes, sendo de destacar que o grupo etário de maior incidência seja nos +65 anos. É mais prevalente em mulheres do que em homens(4).

É difícil de avaliar os dados epidemiológicos da depressão. Seja pelo diagnóstico, apesar de múltiplas tentativas em contrário, ser muito subjetivo, seja por ser, muitas das vezes, subdiagnosticado.

### b) Fisiopatologia

#### i) Modelo biológico da depressão

Existem várias teorias que tentam explicar a etiologia da depressão. Embora nenhuma delas, por si só, seja explicativa, muitos dos tratamentos baseiam-se nestas teorias para o seu plano de ação. Assim sendo, a depressão é hoje vista como uma conjugação de fatores biológicos e psicológicos, estando sujeita a variabilidades genéticas, eventos ambientais e sociais. Os marcadores biológicos são importantes na tentativa de se perceber as causas de depressão, pois, ao se identificar e descobrir marcadores biológicos específicos de cada doente, que possam ser responsáveis pelo estado depressivo, dota-se os clínicos de dados que os irão ajudar a tratar de maneira seletiva e individual cada doente(5).

As teorias que se apoiam na base biológica da depressão consideram os neurotransmissores cerebrais e os seus recetores como os principais envolvidos na depressão, sendo as



monoaminas os neurotransmissores mais comumente associados.

As monoaminas podem ser divididas em catecolaminas - dopamina (DA) e noradrenalina (NE) - e na indolamina - serotonina (5HT). Várias hipóteses foram surgindo ao longo das décadas. A primeira hipótese, foi denominada Hipótese Catecolaminérgica e visava o déficit de catecolaminas como base para a depressão. Mais tarde, surgiu a Hipótese Serotonérgica, impulsionada pelos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) que começaram a ser usados com algum sucesso no tratamento da depressão. Vários estudos têm demonstrado que o uso continuado de antidepressivos tricíclicos (ADT) aumentavam a resposta comportamental à DA. O conhecimento sobre o mecanismo de ação dos ADT's e de Inibidores de monoamina oxidase (IMAO), que aumentam a concentração das monoaminas nas fendas sinápticas cerebrais, deram sustentação à Hipótese Dopaminérgica.

Mais evidências ao longo dos anos foram dando força e relevância à hipótese das monoaminas. Existe, no entanto, alguma resistência para se considerar estas hipóteses definitivas devido ao facto de que, qualquer que seja o medicamento antidepressivo, existe um aumento imediato de monoaminas nas fendas sinápticas, mas não existe melhoria clínica durante algumas semanas. Também existe evidência de outras substâncias que aumentam os níveis de monoaminas sem ter qualquer efeito na melhoria da depressão sendo, por isso, simplista considerar apenas neurotransmissores (6).

Avanços recentes em neuroimagem permitem agora uma maior noção sobre as áreas diretamente afetadas nos cérebros deprimidos verificando-se redução de volume e hipometabolismo nos lobos frontais, gânglios de base e noutras estruturas mediais e temporais do cérebro e estando envolvidas, sobretudo as ligações entre os núcleos de base, lobos frontais e sistema límbico. É de concluir que exista heterogeneidade em quadros depressivos, baseando-se em alterações em regiões diferentes do cérebro(7).

### **ii) Modelo Cognitivo ou Psicossocial**

Desde finais de Séc. XIX/ início de Séc. XX que, através de Freud e outros pioneiros da psicanálise, se tenta perceber a origem da depressão, sendo esta entendida como um mecanismo de proteção contra a perda e uma introspeção e direcionamento de sentimentos negativos contra o próprio.

Foi com Aaron Beck, a partir da década de 1960, que se deu um aumento de importância e um crescimento das teorias cognitivas da depressão. Esta teoria refere que todos os afetos são secundários a cognição, sendo que a maneira particular como cada um vivencia e experiencia os acontecimentos da vida marca de forma significativa a predisposição para perturbações cognitivas.

Os trabalhos de Beck postularam que o transtorno cognitivo é o elemento primário da patologia e as construções negativistas são o primeiro elemento de uma cadeia sintomática. Chegamos assim ao modelo cognitivo que hoje em dia serve de base às técnicas que atuam

nas falhas de cognição e também em falhas nas estratégias de coping que, no seu conjunto, condenam o aparecimento de sintomas depressivos. Este modelo propõe dois conceitos clássicos para a percepção psicológica da depressão: Esquemas cognitivos disfuncionais e distorções/ erros cognitivos (6).

Esquemas cognitivos são respeitantes à maneira errada e sistemática como o doente aplica as suas vivências e experiências passadas a padrões de cognição disfuncionantes com percepções distorcidas da realidade. O doente perde a capacidade de adaptar os pensamentos a diferentes situações não tendo esquemas alternativos de lidar com as dificuldades inerentes à vida humana. Forma-se assim um ciclo vicioso em que o agravamento da depressão leva a automaticidade de pensamentos, podendo a pessoa ficar totalmente dominada pelos seus esquemas disfuncionantes.

Os Erros Cognitivos representam as distorções que acontecem no processamento da informação, de modo a que as experiências e vivências sejam adaptadas aos esquemas negativos e distorcidos do pensamento. São pensamentos automáticos que ao deprimido parecem naturais. Burns refere os seguintes erros cognitivos: Absolutismo ou pensamento dicotómico, supergeneralização, abstração seletiva, desqualificação, inferência arbitrária, magnificação e minimização, racionalização emocional, sensação de obrigação, rotulações e personalização, estes erros cognitivos são abordados em mais pormenor mais adiante. (8)

Aaron Beck apresentou ainda o que ficou conhecido como Triade Cognitiva, que se refere ao facto de o doente apresentar uma visão negativa persistente em relação a três aspetos: si mesmo, o mundo e o futuro. O doente apresenta uma visão falaciosa sobre estes três componentes, o que provoca uma perda de motivação, ficando preso no pressuposto de que a vida só pode trazer sofrimento, desesperança e decepções(9).

### **c) Critérios DSM-V**

Nos distúrbios mentais os sintomas são, na maioria das vezes, muito complicados de perceber, pela sua subjetividade e porque os doentes escondem os seus sentimentos dos clínicos com quem tenham pouca confiança. É então necessário, para diagnóstico de depressão e outros transtornos mentais, uma atenção especial a desvios nos traços normais de comportamento humano. Não existem técnicas laboratoriais e outros MCDT's que corretamente diagnostiquem este tipo de transtorno. Não obstante, só ter atenção não chega para a formulação de diagnósticos, surgindo a necessidade de se formular modelos e critérios com o máximo de especificidade possível (10).

Em 1948, a OMS englobou pela primeira vez na *Classificação Internacional de Doenças (CID)* os transtornos mentais, sendo estes também expressos pela DSM, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Em 2013, saiu a sua edição mais recente, o DSM-V.

A **Tabela 1** que se segue mostra as diferentes formas de depressão unipolar. Nesta dissertação será dado maior destaque à Depressão major e a Distímia.

*Tabela 1 - Perturbações Depressivas Unipolares DSM - V (2013), segundo(11)*

DSM - V Depressão
<b>Perturbação Depressiva Major - Episódio Único ou Episódios Recorrentes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Leve</li><li>• Moderado</li><li>• Grave</li><li>• Com características psicóticas</li><li>• Em remissão parcial</li><li>• Em remissão total</li><li>• Não especificado</li></ul>
<b>Perturbação Depressiva Persistente - Distímia</b>
Forma atenuada de depressão crónica, com pelo menos 2 anos de evolução. De início insidioso, não atingindo índices de gravidade de Perturbação Depressiva.
<b>Outras Perturbações Específicas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perturbação disfórica pré-menstrual</li><li>• Perturbação depressiva por abuso de substância/medicação</li><li>• Perturbação depressiva condicionada por outra condição médica</li><li>• Outras Perturbações específicas</li></ul>

#### **d) Depressão Major**

Considera-se patologia depressiva do humor quando um doente apresenta alterações com, pelo menos, 2 semanas de evolução. Um episódio agudo de depressão major deve apresentar, no mínimo, 5 das características indicadas no **Quadro 1**. Estes episódios são mais prevalentes em mulheres na razão de 2:1. Um episódio de Depressão Major pode, no entanto, aparecer em qualquer idade e contexto socioeconómico.

É causa de grande sofrimento e incapacidade e, com exceção do enfarte de miocárdio, é a patologia crónica que mais causa incapacidade para o trabalho. Afeta as relações familiares e profissionais do indivíduo e coexiste frequentemente com outras doenças físicas como artrite, HTA, DM e problemas cardíacos, acarretando geralmente pior prognóstico para ambos os

problemas. Experiências passadas como perda de entes queridos, problemas conjugais e famílias disfuncionais, são fatores de risco estabelecidos apesar de difíceis de estudar (12).

Clinicamente podemos considerar os seguintes sintomas (11):

- 1) **Alterações psicomotoras** - Mais frequentemente a lentificação ou a agitação.
- 2) **Alterações cognitivas** - comumente, as alterações subjetivas de memória, atenção e velocidade de raciocínio. Menos frequente são os delírios e as alucinações.
- 3) **Alterações Neurovegetativas** - Conferem aspetos e sintomas físicos aos quadros depressivos sendo estes, muitas vezes, o motivo da consulta e não os aspetos emocionais.
- 4) **Alterações de Ciclos Circadianos** - Alterações dos ritmos de sono-vigília.

*Quadro 1 - Critérios Diagnósticos DSM -V Depressão Major (13)*

- Presença de 5 dos seguintes sintomas, sendo um deles, obrigatoriamente, (1) ou (2), num período mínimo de 2 semanas.
  1. Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, por relato subjetivo (Ex: sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou observação por terceiros (Ex: chora muito). Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;
  2. Diminuição do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias, mediante relato subjetivo ou indicado por terceiros;
  3. Perda de peso, sem dieta, ou aumento de peso (Ex: alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Em crianças, considerar-se desvios da norma em relação ao peso normal para a idade;
  4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
  5. Agitação ou lentificação psicomotora, quase todos os dias, tendo esta característica de ser observada por terceiros;
  6. Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
  7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, quase todos os dias;
  8. Diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração, ou indecisão, quase todos os dias (relato subjetivo, ou observação de terceiros);
  9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- Os sintomas provavelmente causam mal-estar significativo, prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento.
- Os efeitos acima referidos não se devem a efeitos fisiológicos normais de uma dada substância ou a uma condição médica geral.
- Um quadro de natureza Depressiva é considerado quando estes sintomas não são melhor explicados por um distúrbio esquizofrénico, esquizofrenia, distúrbio delirante ou ainda por outros do espectro da esquizofrenia não especificada.
- Sem outros episódios maníacos ou hipomaníacos.

## **e) Distímia**

Distímia é uma forma crónica de depressão que dura no mínimo 2 anos (1 ano em crianças e adolescentes). Difícil de distinguir de episódios de Depressão Major, os seus sintomas são geralmente mais suaves, o que ajuda a explicar o quadro arrastado já que os doentes confundem os seus sintomas com pressões e stresses da vida diária.

Ainda que possam ocorrer períodos de remissão, estes não podem ser superiores a 2 meses em 2 anos para que o diagnóstico de distímia possa ser considerado. Diferentemente da Depressão Major, os sintomas na distímia tendem a ser mais subjetivos e as respostas aos desequilíbrios psicomotores e neurovegetativos (incluindo as anormalidades de sono, apetite e níveis de energia) menos dramáticas.

Para se fazer o diagnóstico de distímia é necessário que não tenha ocorrido um episódio de Depressão Major nos 2 primeiros anos de doença e não pode haver história prévia de mania. Para além disso, é necessário que, num período de 2 anos, haja um humor deprimido quase todo o dia, acompanhando-se de pelo menos 2 dos seguintes sintomas (14):

1. Perda de apetite ou abuso alimentar.
2. Insónia ou Hipersónia.
3. Baixa energia ou fadiga.
4. Baixa autoestima.
5. Dificuldades de concentração ou dificuldade a tomar decisões difíceis.
6. Sentimentos de desesperança.

## **f) Entidades Depressivas**

A depressão e a distímia têm diversas formas de apresentação com sintomas variados, podendo-se caracterizar através dos diferentes sintomas várias entidades depressivas diferentes, como mostra a **Tabela 2**. É preciso ter presente que os sintomas são de graus variáveis e dependentes da entidade clínica em que se inserem.

## Terapias Cognitivo-Comportamentais no Tratamento da Depressão

Tabela 2 - Diferentes Entidades depressivas e respetivos sintomas, segundo(15)

Tristeza Patológica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prantos/ Gemidos</li><li>• Máscara de Tristeza</li><li>• Perda de auto-estima:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Auto-depreciação</li><li>2. Incapacidade</li><li>3. Indignação</li></ol></li></ul>
Dor Moral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Auto-acusação</li><li>• Auto-punição</li><li>• Desespero</li><li>• Hipocondria</li><li>• Ideias de Suicídio</li><li>• Ansiedade</li><li>• Ideias delirantes</li></ul>
Lentificação psíquica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diminuição do estado de consciência</li><li>• Diminuição dos processos ideacionais</li><li>• Dificuldades de concentração</li><li>• Problemas de memória</li><li>• Cansaço psicológico</li><li>• Lentificação dos impulsos intelectuais</li></ul>
Lentificação motora	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aspeto congelado:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mimica</li><li>2. Postura</li></ol></li><li>• Ausência de propósito e Mutismo</li><li>• Fadiga</li></ul>
Lentificação organica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perda de apetite</li><li>• Perda de peso</li><li>• Insónia</li><li>• Algias diversas</li><li>• Prisão de ventre</li><li>• Secura da boca</li></ul>

## **g) Tratamentos e Prognóstico**

É importante manter-se uma linha de comunicação aberta entre terapeuta e doente, sendo o segundo parte ativa da decisão e preferências de tratamento. Deve ser feita uma avaliação diagnóstica detalhada para que se consiga estabelecer, com o mínimo erro possível, o diagnóstico de depressão, é, ainda de considerar, o risco de suicídio e a segurança do doente, nomeadamente a nível de abuso de substâncias. Deve delinear-se de maneira assertiva uma estratégia terapêutica e ir monitorizando a qualidade de vida e o grau de morbilidade avaliando também os efeitos psiquiátricos que se vão verificando de forma a adaptar o tratamento. O primeiro passo de tratamento é a atitude vigilante prestando atenção à sintomatologia depressiva(16).

Num nível de depressão baixo a moderada “de novo” deve considerar-se inicialmente a Psicoterapia e medidas sociais que podem ser eficazes sem recurso à farmacoterapia. Numa depressão mais grave, a farmacoterapia assume papel preponderante no alívio de sintomas a curto prazo. Os fármacos a considerar dependem das características da depressão, dos efeitos adversos, da presença de outras doenças e do custo. Contudo, como 1ª linha têm sido considerados os ISRS (Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Escitalopram, Citalopram e Fluvoxamina) bem como a Venlafaxina e Duloxetina (IRSN's) (17).

O tratamento da depressão engloba uma série de opções que vai permitir ao clínico uma grande flexibilidade na abordagem terapêutica e, este, deve ser instituído considerando as diferentes dimensões do doente: biológicas, psicológicas e sociais, sendo recomendado que se inclua no tratamento, para além da farmacoterapia, mudanças de estilo de vida e psicoterapia, em qualquer nível de gravidade. Apesar dos AD's se mostrarem eficazes e o prognóstico ser positivo, esta forma de medicação está sujeita a recaídas e recorrências tendendo-se a prolongar a medicação por períodos de até 5 anos (18). Deste modo, a utilização de outras medidas ganha relevância ao tentar reduzir recorrências, tratando os mecanismos de base e não apenas aliviando os sintomas de doença.

Dentro das terapias psicológicas podemos considerar, além das TCC's, formas simples como Psicoterapia de apoio e Terapias analítica e exploratória, de Sigmund Freud, até outras formas mais complexas como a Terapia Interpessoal desenvolvido por Weissman e Klerman (IPT), a Terapia de resolução de problemas (PST) e ainda muitas outras formas (19).

Sendo o tema desta dissertação as Terapias cognitivo-comportamentais, neste espaço interessa agora fazer uma pequena comparação entre as diferentes psicoterapias e as TCC's. É, assim, condição essencial de todas estas terapias uma relação médico/doente aberta, compreensiva e sem julgamentos, tendo o terapeuta de demonstrar suficiente empatia, cordialidade e preocupação. No entanto, nas TCC's, ainda que estas sejam condições necessárias, não são suficientes para o êxito terapêutico.

A terapia cognitiva difere de outras abordagens referidas na maneira como enfatizam o papel conjunto do terapeuta e do doente, testando-se crenças disfuncionais, permitindo ao

### **Terapias Cognitivo-Comportamentais no Tratamento da Depressão**

doente chegar às suas próprias conclusões e não a seguir a interpretação única do terapeuta. A história da infância, ao contrário de outras abordagens dinâmicas, não é particularmente enfatizada se não estiver ligada a problemas atuais.



### 3) Terapias Cognitivo-Comportamentais

#### a) Bases históricas

Ao longo dos anos, diversos estudos têm demonstrado que as TCCs são tratamentos com elevada eficácia em variados transtornos mentais. Acredita-se que existam, atualmente, mais de 500 tipos de psicoterapias, sendo as TCCs cada vez mais consideradas como o Gold-Standard no tratamento de muitas destas patologias mentais uma vez que se mostraram eficazes em doentes de todas as idades e nos mais variados níveis socioeconómicos. São terapias que podem ser usadas individualmente ou em grupo com graus de eficácia elevados em qualquer das modalidades.

Apesar destas técnicas serem a forma mais extensivamente estudada dentro da psicoterapia ainda existem muitas perguntas sem resposta: qual a eficácia geral deste tipo de tratamento, qual a eficácia em diferentes transtornos e qual a relevância dos grupos de controlo usados?(20)

Desde Beck, em inícios da década de 1960, que se deram muitos passos na aplicação de Terapias cognitivas e comportamentais. No seu essencial todas as propostas partilham as seguintes proposições (21):

- Atividade cognitiva afeta o comportamento.
- Atividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada.
- Determinado comportamento pode ser alterado através de mudanças cognitivas.

Relativamente à 1ª proposição, há evidências cada vez mais claras de que a avaliação individual de eventos afeta de maneira decisiva a resposta a esses eventos, havendo um enorme valor clínico na alteração destas percepções individuais. Implícita na 2ª proposição está a assunção que um terapeuta pode ter acesso e conhecimento das cognições dos doentes. Contudo, é difícil de classificar este acesso que pode ser imperfeito devido a subjetividade inerente a cada doente, sendo uma área de estudo que continua a ser intensamente investigada na procura de formas mais eficazes de avaliar as cognições.

Se no início as técnicas se focavam em alterar um determinado comportamento como resultado final, com as teorias mais recentes começaram a centrar-se os tratamentos na cognição *per se*, esperando-se que os comportamentos fossem mudando depois. Continuam a surgir diferentes abordagens e continua-se a tentar alargar a área de efetividade destas formas de tratamento, ao mesmo tempo que se debate ainda a efetividade destes tratamentos a curto prazo e a sua capacidade de gerar reais estratégias na resolução de problemas(22).

## **b) Bases teóricas**

Como referido anteriormente, as diferentes abordagens partilham a perspetiva de que os pensamentos e as cognições alteradas afetam a maneira como se apresentam os comportamentos, sendo que para qualquer abordagem os resultados vão depender, naturalmente, da maneira como cada doente se identifica com as terapias, com a maneira como estes se motivam para as terapias e, até certo grau, do entendimento que ganham ou não da sua própria condição. Ainda assim, geralmente, avaliam-se os resultados tendo em atenção as alterações a dois níveis - o cognitivo e o comportamental - sem descurar as mudanças emocionais e fisiológicas que, muitas vezes, são o aspeto aparentemente mais alterado.

Pode-se falar em três classes principais de TCC's com base nos objetivos e nas perturbações tratadas (21):

- Estratégias de Coping.
- Resolução de Problemas.
- Restruturação de cognições.

Estratégias de Coping são principalmente usadas para lidar com fatores externos e que o doente não pode controlar, focando-se na identificação e na alteração das maneiras como o doente se apercebe de eventos negativos (Ex: Ansiedade gerada por prazos no trabalho, aceitação de perda de um ente-querido, etc). A reestruturação cognitiva é mais usada quando a perturbação é inerente e intrínseca ao doente focando-se nas crenças de longa data e nos pensamentos automáticos sobre situações específicas que provocam resultados negativos e distúrbio psicológico (Ex: abordar a maneira negativa como alguém reage a uma má nota ou a um despedimento, com pensamentos de inutilidade da vida ou de si próprio). A resolução de problemas, tal como o nome indica, pretende ajudar na formulação de estratégias para que cada doente se sinta capaz de lidar com os seus próprios problemas, estabelecendo metas que será mais capaz de cumprir (Ex: Pessoa que se sente incapaz de deixar de fumar).

Nas secções seguintes será abordado, mais em pormenor, a aplicação deste tipo de terapias, como atuam sobre determinado foco patológico do doente, a psicologia inerente e que serve de base à aplicação das terapias e, ainda, os procedimentos mais generalizados que atualmente se aplicam. Existem variadas formas de atuação, nas mais variadas ordens de problemas e patologias, que são apresentadas na **Tabela 3**.

*Tabela 3 - Usos das Técnicas Cognitivo-Comportamentais, segundo (23)*

Patologias com Tratamento Eficaz
<ul style="list-style-type: none"><li>• Depressão</li><li>• Ansiedade e Ataques de Pânico</li><li>• Problemas da infância e adolescência</li><li>• Síndrome de Fadiga Crónica</li><li>• Dor Crónica</li><li>• Problemas de álcool e drogas</li><li>• Perturbação alimentar</li><li>• Problemas gerais de saúde</li><li>• Hábitos, como “tiques”</li><li>• Variações de Humor</li><li>• Perturbação Obsessivo-compulsivo</li><li>• Fobias</li><li>• Stress Pós Traumático</li><li>• Perturbações sexuais e relacionais</li><li>• Desordens de Sono</li><li>• Controlo de Raiva</li></ul>
<i>Nota: TCC's estão indicados como primeira linha de Tratamento Psicológico</i>

### **c) Aplicação de TCC's**

#### **iii) Fundamentos da terapia**

TCC's são terapias intensivas sem limite temporal bem definido, podendo ir de 6 até 20 sessões dependendo do doente e da gravidade da afeição. Mas, podem, também, ser séries mais curtas, por exemplo, em perturbações de ansiedade como ataques de pânico.

São utilizadas quer de forma individual, quer em terapias de grupo. São 1ª linha de tratamento entre as psicoterapias, e são consideradas a co-terapia mais eficaz para a farmacoterapia. As sessões são concebidas para serem práticas, rápidas e orientadas por objetivos esperando encontrar estratégias de longo prazo capazes de manter as pessoas saudáveis.

Com as TCC's é possível aprender a identificar, questionar e mudar a forma dos pensamentos, atitudes, crenças e suposições que podem ser erradas. Através da monitorização dos pensamentos que levam a *stress* emocional, é possível perceber a maneira como os pensamentos contribuem para o quadro depressivo. sendo então possível reduzir o efeito emocional desses problemas:

## Terapias Cognitivo-Comportamentais no Tratamento da Depressão

1. Identificar distorções de pensamento.
2. Ver os pensamentos como ideias sobre o que está a acontecer e não como a realidade dos factos.
3. Tomar uma atitude de distanciamento em relação aos próprios pensamentos de forma a avaliar situações através de diferentes pontos de vista.

Por forma a ser eficazmente efetuado, o doente tem de estar disposto a partilhar e discutir os seus pensamentos, crenças e comportamentos de maneira aberta e honesta. Tem de se dispor a participar nos exercícios durante as sessões e a perceber a necessidade e importância de fazer os trabalhos de casa entre sessões. Mais que tudo isto, é importante que o deprimido acredite nesta forma de tratamento e, seguindo o plano, se disponha a melhorar.

Estas, são formas eficazes de tratamento porque seguem critérios rigorosos, com a sua eficácia comprovada em estudos clínicos controlados. Qualquer uma destas técnicas:

- É estruturada.
- É focada no problema e em objetivos.
- Ensina estratégias provadas.
- Enfatiza a importância da colaboração e relação saudável entre terapeuta e cliente.

Nos problemas de vida diária, e não só em pessoas com distúrbio depressivo, o foco do pensamento está diretamente relacionado com algum evento ou situação, dando-se relevância a como a situação causou *stress* (Ex: “Perdi o autocarro e cheguei atrasado ao trabalho, já me está a correr mal o dia”).

A situação não é, contudo, o único determinante da resposta emocional, contando também a maneira como se percebe a situação e que sentido se tira dela. Esta é a ideia básica da abordagem cognitivo-comportamental. Aaron T. Beck afirmava que o pensamento negativo não é simplesmente um sintoma de depressão, mas é um dos seus principais factores de manutenção.

A natureza da percepção do problema assenta no que é chamado de pensamentos automáticos, que é o pensamento rápido que determinada situação provoca no cérebro e que afeta, para a mesma situação, de forma diferente cada indivíduo (pode ser medo, excitação, desespero, etc.). Estes pensamentos automáticos são tão rápidos que geralmente são esquecidos ficando apenas a percepção do sentimento que foi provocado (24).

Situação → Pensamento automático → Reação Emocional

*Figura 1 - Condicionantes básicos da Reação emocional*

## Terapias Cognitivo-Comportamentais no Tratamento da Depressão

Surgiu, então, a necessidade de avaliar esses pensamentos automáticos individualmente. Isto clarifica a natureza da emoção sentida e ajuda a perceber o motivo da reação negativa. A monitorização destes pensamentos automáticos de forma continuada, cada vez que pensamentos negativos começam a surgir, permite reconhecer um padrão distorcido de pensamento.

Apesar de cada um ter a sua própria visão de situações e eventos, no caso de pessoas com depressão, a forma dos pensamentos automáticos acaba por ter características previsíveis que, conforme tem sido estudado, geralmente leva de volta à Triade Cognitiva de depressão de Beck, **Tabela 4**.

A terapia cognitivo-comportamental, procura incutir nos doentes a capacidade de perceber estes pensamentos automáticos errados e capacitá-los de diferentes perspetivas de pensamento: Positivo, Negativo e neutro, de forma a avaliar e lidar com adversidades de maneira mais saudável (24).

*Tabela 4 - Exemplos, Triade Cognitiva de Beck, segundo(25)*

“Sou inútil”	Visão negativa do Próprio
“Ninguém gosta de mim”	Visão negativa do Mundo
“Não tenho salvação”	Visão negativa do Futuro

As diferentes formas como podem surgir pensamentos automáticos errados são chamadas de Distorções cognitivas. O **Quadro 2**, fornece diferentes exemplos de distorções cognitivas. Estas, exageram o significado emocional que têm as situações normais da vida diária. Sendo, este, outro dos focos destas terapias. Toda a gente tem pensamentos automáticos negativos e, eventualmente, todos têm distorções, no entanto, algumas pessoas são mais propensas a ter depressão ou ansiedade e maior número de distorções cognitivas (25).

*Quadro. 2 - Exemplos de distorções Cognitivas, seguindo(9)*

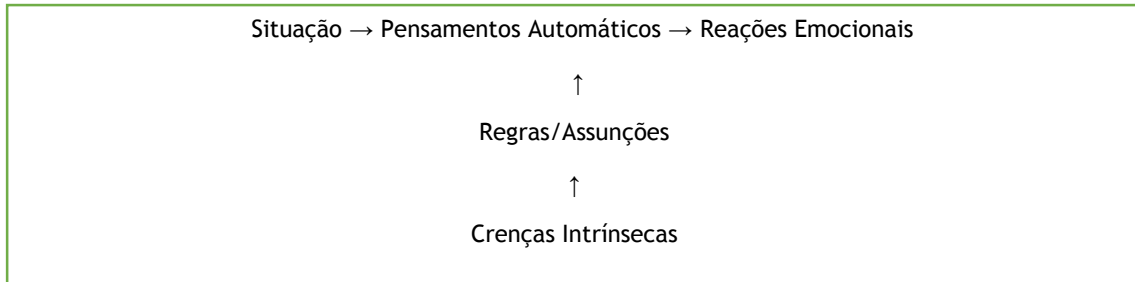
1. **Pensamento Catastrófico** - Pensar no pior possível para cada situação. Acreditar que tudo vai correr mal.
2. **Emocionalização** - Acreditar que os sentimentos são factos absolutos. Só porque uma situação provoca um sentimento de desespero, acreditar que a situação é desesperante.
3. **Polarização** - Pensamento Dicotómico. Olhar para uma situação com 2 pontos de vista antagónicos, sendo tudo absoluto, tudo ou nada.
4. **Abstracção Seletiva** - Só um aspeto da situação é relevante, normalmente o aspeto negativo, o resto é ignorado.
5. **Leitores de mentes** - Presumir, sem evidências, a opinião dos outros. Normalmente sobre si.
6. **Rotulação** - Pôr um rotulo rígido e derrotista a si ou a uma situação.
7. **Minimização e Maximização** - Aspetos positivos vistos pelos outros são minimizados, enquanto aspetos negativos são maximizados.
8. **Imperativos** - Ficar preso em como deveria ter sido, e não em como as coisas são. Exigência pessoal excessiva e desajustada.

As TCC sugerem que os pensamentos automáticos são regidos por 2 níveis mais intrínsecos de pensamento: regras e suposições, e crenças intrínsecas. Estas começam a formar-se desde cedo, na infância, através da interação com familiares e o mundo no geral. Estas regras podem não ser óbvias nem ser conscientes. No entanto, com a monitorização cuidada dos pensamentos automáticos e da perceção das distorções cognitivas, é possível começar a perceber-se um padrão relacionado com estas regras enraizadas desde cedo na perceção que cada um tem do mundo.

Mais inconscientes ainda estão as crenças - elas refletem regras rígidas e noções absolutas sobre o próprio, sobre o mundo e sobre os outros, exemplos destas temos, como positivo, “Sou Inteligente” ou, como negativo, “Sou imprestável”.

São as pessoas com crenças e regras mais negativas as mais propensas a vir a sofrer de depressão. Estas crenças intrínsecas podem estar escondidas até algum evento da vida as despoletar (16).

As TCCs são uma forma de terapêutica que foca ajudar na identificação das relações interdependentes que existem entre pensamentos, emoções e comportamentos ao mesmo tempo que tem particular interesse no papel da cognição no aparecimento da depressão, **Figura.2.**



*Figura 2- Papel da Cognição no aparecimento de respostas emocionais*

## **d) Guia de TCC no Tratamento da Depressão**

### **iv) Introdução**

Como já referido, existem, atualmente, diversas terapias eficazes para o tratamento de cada um dos distúrbios mentais. Qualquer uma das diferentes formulações de TCC's inclui uma complexa interligação de técnicas cognitivas e comportamentais de eficácia comprovada, como a marcação de atividades agradáveis, divisão de tarefas complexas em partes mais simples e a avaliação dos pensamentos e acontecimentos negativos que levaram à depressão. Os principais resultados sobre a eficácia das TCC's podem resumir-se em três grupos\*:

- Efeitos imediatos - As intervenções que se destinam a diminuir a intensidade de pensamentos negativos podem ter um efeito benéfico imediato sobre o humor.
- Efeitos pós-tratamento - Estudos provaram que estas técnicas podem ser tão eficazes como os ADT's na redução da depressão, e em combinação com a farmacoterapia podem ter efeitos ainda melhores.
- Efeitos a longo prazo - Estudos recentes mostram que TCC's podem ser mais eficazes na prevenção de recaídas que a farmacoterapia (Hawton e col.,1992).

Há regras básicas inerentes e universais a todas as formas de TCC's como se mostra na **Tabela 5.**, mais adiante. A colaboração com o doente, como já foi referido, é o principal trunfo para o sucesso terapêutico, sendo que tem de haver acordo entre terapeuta e doente sobre a natureza do problema e para o plano de tratamento. O objetivo é os doentes reconhecerem os seus pensamentos distorcidos e disfuncionais que estão na origem da sua doença. O modelo psicológico subjacente à terapia é explicado ao longo de todas as sessões de tratamento.

Os “trabalhos de casa” são outro fator essencial para o sucesso clínico. Ao longo de todo o tratamento é pedido ao doente que realize certas tarefas, como fazer registos de atividades e pensamentos diários, tarefas deverão ser inicialmente simples e ir aumentando de dificuldade ajudando o doente a adquirir capacidades comportamentais e sociais. O êxito nestas tarefas irá aumentar a auto-estima do doente, tornando-os mais competentes e ativos.

Qualquer que seja o tratamento aplicado, nas fases iniciais é a componente comportamental

a mais evidente, tentando-se mudar os índices, normalmente baixos, de atividade. Depois, à medida que os doentes se vão tornando mais capazes de identificar pensamentos negativos o tratamento passa a ser mais cognitivo, com a aplicação de perguntas indutivas e de reavaliação dos eventos e pensamentos negativos.

É preciso perceber que ainda que um clínico geral consiga dispor de tempo para ajudar doentes deprimidos, estas técnicas só resultarão em doentes dispostos a ouvir e a entender conceitos que podem parecer, para muitos doentes, demasiado complexos.

É importante incluir-se nesta dissertação, e de forma sucinta, um guia de tratamento para a depressão de forma a melhor se elucidar as proposições discutidas anteriormente. Assim, foi escolhido para ser demonstrado nas páginas seguintes um guia (*Individual Therapy Manual for Cognitive Behavioral Treatment of Depression, Ricardo F. Muñoz e Jeanne Miranda*) (26) que relaciona os temas já falados: pensamentos automáticos, distorções cognitivas e regras e crenças intrínsecas. Aborda também três fases distintas de terapia (aumento de atividades prazerosas, treino de estratégias interpessoais e formas de mudar padrões de pensamento) que se mostraram todas eficazes no tratamento da depressão.

Este guia consiste numa terapia de 12 sessões, divididas em 3 fases de 4 sessões cada:

1. Como os pensamentos afetam o humor.
2. Como as atividades afetam o humor.
3. Como é que o contacto com os outros afeta o humor.

São quatro, os objetivos primários desta terapia de Muñoz e Miranda:

- Fazer a depressão parecer menos intensa.
- Reduzir o tempo de depressão.
- Aprender maneiras de prevenir que a depressão volte.
- Sentir mais controlo sobre a própria vida.

A avaliação dos índices de depressão podem ser revistas, ao longo de todo o tratamento, com o Questionário de Depressão de Beck (BDI-II, ver ANEXO 1), o mais popularmente usado. Consiste em 21 questões e baseia-se na teoria de que as distorções cognitivas são a base das características depressivas. Os valores do BDI são indicados de 0 a 63 pontos, sendo <10: Não deprimidos; 10-18: depressão ligeira; 19-29 depressão moderada e + de 30: depressão severa(27).

A exemplificação das sessões nas páginas seguintes é nada mais que um simples resumo e uma revisão de temas abordados em cada uma dessas sessões. Não se reveste de qualquer sentido formativo seja para doentes seja para terapeutas, serve unicamente como demonstração de uma das variadas formas de abordar um doente deprimido, não contém exercícios específicos de tratamento à exceção dos trabalhos de casa que os doentes podem efetuar.



*Tabela 5 - Regras básicas a ser seguidas pelos doentes(26)*

<b>Regras básicas para Terapia eficaz, a ser aplicadas pelos doentes</b>
<b>Aparecer a tempo</b>
<b>Aparecer todas as semanas</b> Ter o compromisso de aparecer em todas as sessões Avisar se faltar
<b>Fazer sempre os trabalhos de casa</b> Praticar o que se aprendeu Métodos que ajudam a controlar a depressão
<b>Avisar o terapeuta em caso de tristeza</b> Falar das preocupações Não deixar irritações e stress escondido do terapeuta
<b>Não desistir</b>

#### **v) Pensamentos afetam o humor (sessões 1 a 4)**

##### Sessão 1 de 4

Poderá servir para explicar a terapia, ensinar o que é a depressão e maneiras mais úteis de pensar sobre ela e demonstrar como pensamentos influenciam o que se sente.

Na primeira sessão deve proceder-se à introdução do doente (introdução sobre o próprio, não sobre os problemas) - onde cresceu, a família, trabalho e interesses. Cabe depois ao terapeuta indicar o significado de depressão clínica cuja cura é objetivo do tratamento. É importante desde esta primeira sessão o terapeuta dar ao doente a possibilidade deste explicar os seus próprios objetivos de cura e que problemas gostava de abordar. Cabe ao terapeuta questionar sobre a forma de depressão que leva à procura de tratamento: que tipos de pensamento o doente tem quando deprimido; o que faz quando está deprimido; como se relaciona com as outras pessoas e questionar sobre possíveis causas para depressão. Cabe também ao terapeuta explicar como os pensamentos de diversos tipos tornam as pessoas mais suscetíveis tendo efeito no corpo, nas ações e no humor.

Os trabalhos de casa são sempre imprescindíveis neste tipo de terapia consistindo, nesta fase, em preencher a Escala Diária de Humor (ver ANEXO 2). A Escala Diária de Humor deve ser preenchida todos os dias durante o curso do tratamento, antes de o doente se deitar e após ponderação sobre as variações de humor que tiveram ao longo do dia.

### **Sessão 2 de 4**

Deve ser explicado ao doente que diferentes tipos de pensamento resultam em sensações diferentes e que alguns destes são mais propensos à depressão. É importante questionar o doente sobre os pensamentos que tem. Um pensamento depressivo é:

- Pouco ou nada flexível. Ex: “Nunca irei melhorar”.
- Incriminador. Ex: “não sirvo para nada”.

Por outro lado, os pensamentos mais saudáveis serão moldáveis, dependendo da situação. Ensina-se, então, o doente a captar esses pensamentos distorcidos e a listar essas distorções, já exemplificadas no Quadro.2.

O trabalho de casa deve continuar com a mesma Escala Diária devendo-se, desde já, acrescentar uma tabela na qual se vai mantendo uma ideia dos diversos pensamentos, negativos e positivos, que se tem ao longo do dia.

### **Sessão 3 de 4**

Nesta fase deverá o terapeuta exemplificar maneiras de aumentar pensamentos saudáveis:

1. Tentar aumentar os pensamentos positivos listando os pensamentos bons sobre a vida e sobre o próprio.
2. Reconfortar-se dando crédito ao próprio pelas coisas positivas que faz e não esperando que outros o façam.
3. Fazer uma pausa, dar tempo à mente para relaxar, não querer fazer tudo de uma vez.
4. Imaginar um futuro em que as coisas serão melhores.

Não obstante, não só importa aumentar os pensamentos saudáveis, mas também diminuir os pensamentos negativos:

1. Identificar e parar os pensamentos negativos, forçando a mente a pensar em pontos positivos.
2. Não cismar com os problemas o dia todo, tirar até 30 minutos para refletir sobre esses pensamentos e tentar limpar a mente no resto do tempo.
3. Fazer pouco dos problemas, exagerando-os e tentando ter sentido de humor em relação aos seus próprios traumas.
4. Pensar no pior que pode acontecer apenas como uma hipótese remota, como uma das muitas possibilidades.

### **Sessão 4 de 4**

Esta sessão serve para se continuar a praticar métodos que aumentem o número de pensamentos saudáveis e fazendo-se outros exercícios com o objetivo do doente perceber onde se encontram os seus erros de pensamento que levam à depressão.

Os trabalhos de casa, entendidos pelo terapeuta, são um processo essencial da abordagem terapêutica das TCCs devendo ser realizados continuamente e diariamente.

**vi) Atividades afetam o humor (5 a 8)**

**Sessão 1 de 4**

Quanto menos atividades prazerosas os indivíduos têm mais deprimidos se sentem sendo de se questionar se o doente parou de fazer coisas que lhe davam prazer por se sentir deprimido ou se ficou deprimido porque parou de fazer coisas prazerosas. Ambas as questões são verdade o que deixa o doente deprimido num ciclo vicioso. Este ciclo vicioso é quebrado se o deprimido se forçar a aumentar a quantidade de atividades que lhe traziam bem-estar. Para ajudar um doente a encontrar atividades com as quais tenha prazer existe uma lista de atividades prazerosas.

É importante para o terapeuta questionar também de que forma os pensamentos têm influenciado o doente a deixar de fazer atividades previamente prazerosas e de que forma o envolvimento com as outras pessoas o afetou. A lista de atividades prazerosas deve ser preenchida de forma objetiva todos os dias, em casa, forçando-se assim o doente a uma maior responsabilidade de agir.

**Sessão 2 de 4**

Ao doente deve ser explicado de que maneira atividades de lazer podem ajudar a controlar de forma decisiva o humor. Atividades de lazer que dão prazer variam de pessoa para pessoa, importante é que cada um encontre as suas próprias atividades que lhes permitam relaxar e a sentirem-se felizes.

O terapeuta pode propor nesta sessão que o doente elabore uma lista de atividades baratas para se fazer. Fazer planos e programar atividades é uma maneira de o doente sentir que tem controlo da vida e permite combater a inércia que teria sem um planeamento antecipado. O doente não pode esperar até se sentir melhor para começar a fazer atividades tem de as escolher e fazer, independentemente do humor. O doente tem de se manter comprometido com ele próprio e com as atividades a realizar, podendo, por exemplo, realizar um contrato formal.

**Sessão 3 de 4**

O doente, com a ajuda do terapeuta, pode criar um plano de objetivos para ultrapassar a depressão. Um deprimido tende a perder de vista os objetivos que traçou para a vida e traçando objetivos realistas, dando valor ao positivo, um doente deve ser capaz de se recompensar a si próprio. Dar pequenos passos de cada vez mas começar de imediato a tentar cumpri-los.

Como trabalho de casa, o doente deve ponderar e escrever a lista de objetivos de vida, podendo ser de longo ou curto-prazo, e incluindo necessidades básicas e outros objetivos como estilos de vida, religião, educação, nível de atividade física, etc.

### **Sessão 4 de 4**

Como ponto de situação, nesta sessão, o terapeuta deve dar autonomia aos seus doentes para refletirem sobre a sua doença e ajudá-los novamente a manter a sua situação sobre controlo atendendo à capacidade crescente que têm para alterar maneiras de pensar e de agir.

O doente deve já ser capaz de perceber que o mundo externo a si faz parte do seu equilíbrio pessoal e que um reforço positivo de atividades, relações e comunicação o farão sentir mais sob controlo em relação a si e ao mundo que o rodeia. Para cada doente deprimido os problemas que tem são a realidade maior e o motivo de depressão. Estas sessões, até ao ponto descrito, permitem que os doentes vejam a realidade desses problemas como uma ratoeira na qual caíram e escolheram acreditar. A este ponto será do conhecimento do deprimido que a realidade no seu todo é muito mais que a construção mental que tinha e que diferentes maneiras de encarar o mesmo problema trarão emoções e conclusões distintas.

### **vii)O contacto com o outro influencia o humor (9 a 12)**

#### **Sessão 1 de 4**

Nesta sessão, o terapeuta aborda a importância da socialização para uma vida equilibrada. Importa saber que depressões mais graves estão relacionadas com existência de menos contacto com os outros associado a um desconforto nas relações interpessoais. Além disso, um deprimido tem tendência a ser mais calado e introspetivo, não sendo capaz de expressar a sua opinião aos outros e ao mesmo tempo sentindo-se sensível à crítica ou rejeição. Novamente, pode falar-se de um ciclo vicioso visto que as relações com os outros parecem se afetadas em ambos os sentidos: uma pessoa deprimida terá, invariavelmente menos vontade de socializar e o pouco contacto com os outros retirará uma parte importante de prazer e felicidade levando a sentimentos mais depressivos.

Quanto mais forte for o suporte social envolvente mais fácil será de enfrentar situações difíceis. Importa referir aos doentes a importância de aumentar círculos sociais, com relações seguras, de confiança, intimidade e respeito, reduzindo a existência de relações negativas.

#### **Sessão 2 de 4**

Três áreas podem ser abordadas para o doente perceber como se sentir melhor: no estar sozinho, no estar com os outros e no sentir-se positivo sobre o que faz no seu dia-a-dia. Em qualquer destas áreas importa prestar atenção aos próprios pensamentos e comportamentos, às expectativas e aos sentimentos que surjam.

É relevante moldar os pensamentos quando se contacta com os outros, quer impondo ideias que sejam mais confortáveis quer tirando partido das situações, aproveitando o momento e não refletindo sobre o que poderemos dar e retirar dos outros. Moderar as

expectativas para que as relações se processem de forma natural, sem serem forçadas, não deixando espaço para frustrações com as atitudes dos pares nem permitindo que uma baixa autoestima afaste as pessoas próximas.

O terapeuta deverá permitir que o doente interaja com ele de maneira a aplicar estes conceitos, deixando o doente exprimir-se sobre coisas que poderá querer dizer a outros.

### **Sessão 3 de 4**

Continuando na senda das sessões anteriores, deve ser discutido a maneira como pensamentos e emoções têm influenciado a relação com os outros. Temas como tolerância, confiança e expectativas devem ser geridos durante a sessão, incutindo cautela e referindo ao doente a importância de um equilíbrio, gerindo e testando os outros e aprendendo a confiar nas pessoas certas. Refletir sobre como se age e como os outros percebem as atitudes e ações e de que forma isto tem sido afetado pelos emoções e sentimentos sentidos pelo doente. O terapeuta deve ter cuidado a abordar estes temas fazendo notar a importância de se construir relações de confiança, sem apreciações de carácter.

### **Sessão 4 de 4**

Nesta última sessão, o terapeuta deve abordar as relações do sujeito preparando-o para o facto de que nem sempre tudo corre bem e que na vida as relações necessitam de ser tratadas e estimadas, que há relações problemáticas e, nesse caso, é necessário, sempre, refletir sobre o que de errado pode ter acontecido, o que cada um esperava da relação, se os interesses eram próximos e se ambas as partes se esforçaram para que os sentimentos fossem claros de parte a parte. As relações moldam a vida das pessoas, um bom ambiente e pessoas com quem contar para um bom suporte são um pilar essencial para a felicidade e realização pessoal mas é importante escolher relações que sejam positivas, que ajudem a seguir em frente e que permitam a cada um tornarem-se melhores.

Com o fim das sessões de tratamento, realizadas individualmente ou em grupo, pode e deve haver continuação do trabalho de casa, com capacidade de refletir sobre cada um dos componentes abordados e trabalhados durante as sessões.

## 4) Revisão de artigos

### a) Métodos

As TCCs são a forma mais extensivamente estudada de psicoterapia com crescente número de estudos publicados. Contudo, várias questões continuam a ser formuladas relativamente à eficácia geral desta forma de terapêutica, à eficácia diferenciada entre as diversas desordens e à natureza dos controlos de grupo pelo qual se rege a sua eficácia. A persistência dos efeitos após termino do tratamento é um grande foco dos diferentes estudos existentes.

Tal como proposto por Beck, em 1995, o foco das TCCs está na modificação de pensamentos e na aprendizagem de estratégias para o dia-a-dia dotando os doentes de autocontrolo relativamente ao distúrbio mental que o aflige. Como tal, é expectável que os efeitos destes tratamentos persistam ao longo do tempo e, de facto, existem estudos clínicos que apontam para essa eficácia a longo prazo.

Os artigos, pesquisados através da base de dados *PubMed*, demonstram que estas técnicas podem ter eficácia como método de tratamento isolado, podendo ser usadas como terapia individual ou de grupo, ou de forma coadjuvante com farmacoterapia e outras técnicas. No entanto, os resultados devem ser vistos com algum cuidado por possível enviesamento de resultados a favor do interesse particular dos investigadores (20).

## 5) Resultados

### a) Os efeitos das TCC

Em *A meta-analysis of the effect of CT in depressed patients*, Valerie Gloaguen e *t al.* 1998, foram avaliados 78 estudos sobre as TCCs, de 1977 a 1996, e desses, 48 foram considerados estudos clínicos de elevada qualidade. Todos os doentes incluídos nos estudos analisados sofriam de uma forma não psicótica e não bipolar de depressão major ou distímia, de intensidade moderada a severa avaliada de acordo com a escala de depressão de Beck, (ver ANEXO 1). Foi relatado que, depois da avaliação dos doentes, estes apresentavam melhores resultados do que os de lista de espera e dos sob terapêutica antidepressiva. Os que tomavam antidepressivos. Foi igualmente eficaz a aplicação de terapia comportamental.

O rácio mulher:homem avaliado em 43 estudos foi 71:1 e as idades médias avaliadas por 42 estudos foi 39.3 anos. O índice de desistências para o follow-up foi conhecido em 38 dos 48 estudos analisados, situando-se dos 17.2%. Os estudos contavam com amostras pequenas situando-se, em média, em 68.45 doentes por estudo.

Os resultados indicaram uma diferença significativa quando se compararam as técnicas cognitivas com o placebo e a lista de espera, apresentando as técnicas cognitivas uma melhoria nos resultados de 29%. As técnicas comportamentais foram igualmente eficazes nos estudos avaliados (28). Esta semelhança pode dever-se ao facto de, quer nas técnicas cognitivas quer nas de comportamento, se utilizarem trabalhos de casa semelhantes e de os terapeutas de ambas as técnicas usarem conceitos das duas áreas. Deste modo, ambas as formas de terapia, cognitiva e comportamental, são, atualmente, consideradas entidades diferentes de um mesmo plano (29).

Estas técnicas provaram-se superiores também a outras psicoterapias tais como terapias psicodinâmicas, terapias interpessoais, terapias não direcionadas, técnicas de relaxamento e terapias de suporte sem, no entanto, estar confirmada a homogeneidade dos estudos. As técnicas cognitivas quando comparadas com a farmacoterapia mostraram ser uma alternativa viável com taxas de reincidência sempre inferiores aos ADs, ainda que sejam menos acessíveis. (28)

### b) Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental

Num estudo clínico que se propôs a avaliar a eficácia das TCCs durante um *follow-up* de 1 ano após uma terapia de grupo de 12 sessões (2h/semana durante 12 semanas) foi concluído que os doentes participantes apresentaram uma melhoria significativa com valores de BDI a reduzirem de 40.30 pontos na primeira sessão para 17.82 pontos na sessão 8 e 10.17 pontos em avaliação posterior. Valores idênticos foram demonstrados para a *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) e para o *Automatic Thought Questionnaire* (ATQ) sendo que o ATQ se

mostrou reduzido 6 meses e 1 ano após as sessões (30). As **figuras 4. e 5.** que se seguem mostram a variação, ao longo do tempo, sofrido nos índices BDI e HRSD nos doentes sob terapia de grupo. A **Tabela 6.** mostra a demografia dos elementos de ambos os grupos e na **Tabela 7.** estão indicadas as principais alterações observadas ao longo dos tratamentos.

Este foi um estudo clinico randomizado e controlado com 2 grupos paralelos em 81 elementos foram aleatoriamente seleccionados a participar: 41 realizaram 12 sessões de CBTG e 40 foram incluídos no grupo de controlo.

De acordo com BDI-II, HRSD e ATQ, a terapia de grupo mostrou-se eficaz para reduzir a intensidade de depressão e o número de pensamentos automáticos negativos. O efeito da terapia mostrou-se duradouro e os doentes em terapia de grupo tornaram-se capazes de ter alternativas de pensamento e de reconstruí-lo, corrigindo os pensamentos automáticos e as distorções de cognição.

Não obstante, o estudo clinico em análise apresenta limitações como o reduzido número da amostra, a exclusão de participanes e o facto de ser um estudo exploratório (30).



*Tabela 6 – Demografia dos Doentes (n=62), estudo(30)*

Variable (category)	Experimental group (n = 30)		Control group (n = 32)		Total (N = 62)		P value
	Number	(%)	Number	(%)	Number	(%)	
Gender							
Male	10	37.1	13	40.6	23	37.1	0.55
Female	20	62.9	19	59.4	39	62.9	
Educational level							
Junior high school and below	7	23.3	3	9.4	10	16.1	0.29
High school	5	16.7	9	28.1	14	22.6	
Junior college/college	15	50.0	14	43.8	29	46.8	
Masters and above	3	10.0	6	18.7	9	14.5	
Occupation							
Employed	11	36.7	11	34.4	22	35.5	0.65
Unemployed	10	33.3	14	43.8	24	38.7	
Housekeeper	9	30.0	7	21.8	16	25.8	
Marital status							
Married	17	56.7	16	50.0	33	53.2	0.46
Single	1	3.3	0	0.0	1	1.7	
Separated/divorced/widowed	12	40.0	16	50.0	28	45.1	
Religion							
Folk beliefs	19	63.3	19	59.4	38	61.3	0.99
Christianity	6	20.0	9	28.1	15	24.2	
Buddhism and Taoism	5	16.7	4	12.5	9	14.5	
Support							
Family support	13	43.3	11	34.4	24	38.7	0.47
No support	17	56.7	21	65.6	38	61.3	
Medication adherence							
Regular	16	53.3	13	40.6	29	46.8	0.46
Irregular	14	46.7	19	59.3	33	53.2	
Number of episodes							
One	10	33.3	12	37.5	22	35.5	0.74
Two	16	53.4	13	40.6	29	46.8	
Three	3	10.0	5	15.6	8	12.9	
Four	1	3.0	2	6.3	3	4.8	
Major diseases							
Yes	21	70.0	27	84.4	48	77.4	0.17
No	9	30.0	5	15.6	14	22.6	
Age (years)		45.43 ± 10.88		46.81 ± 10.38			0.65
MMSE score		29.07 ± 1.20		29.28 ± 0.89			0.61
BDI-II score		40.30 ± 9.09		37.59 ± 10.24			0.27
HRSD score		40.37 ± 9.46		37.66 ± 7.09			0.21

MMSE, Mini-Mental Status Examination; BDI-II, Beck Depression Inventory; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression.

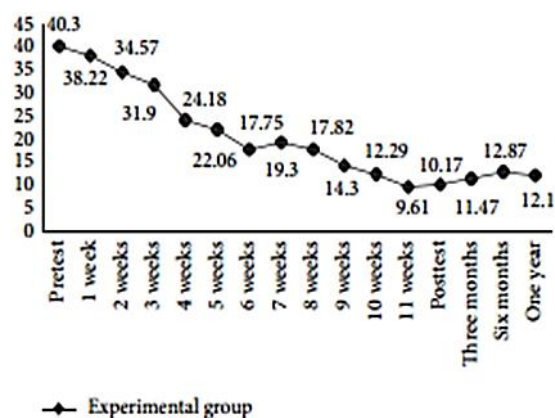


Figura 1 – Variações BDI-II em sucessivas avaliações(30)

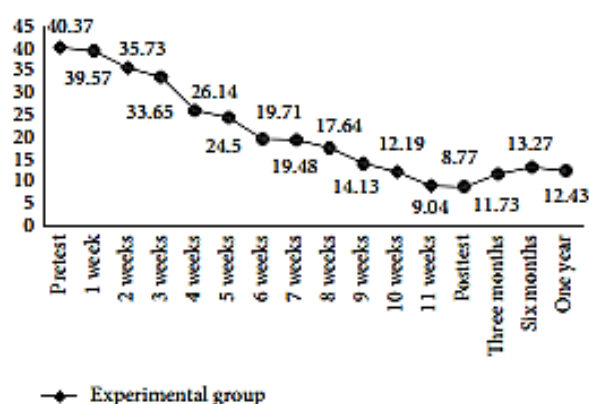


Figura 2 – Variações HRSD em sucessivas avaliações(30)

Tabela 7 – Valores médios de BDI-II, HRSD e ATQ(30)

Variable	Pretest		Posttest		3-month follow-up test		6-month follow-up test		12-month follow-up test	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
<b>BDI-II</b>										
Experimental group (n = 30)	40.30	9.09	10.17	4.33	11.47	3.73	12.87	4.34	12.10	4.64
Control group (n = 32)	37.59	10.24	37.75	9.66	38.69	7.63	38.34	7.13	37.97	5.85
Total (N = 62)	39.90	9.72	24.40	15.80	25.52	14.98	26.02	14.13	25.53	13.87
<b>HRSD</b>										
Experimental group (n = 30)	40.37	9.46	8.77	3.99	11.73	3.61	13.27	4.06	12.90	3.75
Control group (n = 32)	37.66	7.09	37.28	7.15	39.22	4.24	39.72	4.45	45.94	7.87
Total (N = 62)	38.97	8.37	23.48	15.49	25.92	14.39	26.92	13.98	29.95	17.76
<b>ATQ</b>										
Experimental group (n = 30)	131.53	9.7	44.10	7.73	44.30	4.98	46.20	5.67	46.37	4.94
Control group (n = 32)	129.50	7.61	130.00	5.77	129.38	3.90	128.97	2.86	129.50	3.28
Total (N = 62)	130.48	8.72	88.44	43.80	88.21	43.09	88.92	41.93	89.27	42.09

BDI-II, Beck Depression Inventory, a higher score indicating a higher depression level; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression, a higher score indicating a higher depression level; ATQ, Automatic Thoughts Questionnaire, a higher score indicating more automatic negative thoughts.

Pretest, 2 weeks before cognitive behavioral group therapy (CBGT); posttest, tested after 12 CBGT sessions; 1-month follow-up test, 3-month follow-up test, 3-month follow-up after CBGT; 6-month follow-up test, 6-month follow-up after CBGT; 12-month follow-up test, 12-month follow-up after CBGT.

M, mean; SD, standard error difference.

### c) Terapia Cognitiva vs Farmacoterapia no tratamento da depressão

No estudo *Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms*, Robert J. DeRubeis et al. 2008 defende-se que a comparação dos efeitos na depressão provocados pela farmacoterapia e pelas terapias cognitivas irão ajudar, futuramente, a um conhecimento mais aprofundado sobre a natureza da depressão. O facto de vários tratamentos, atuando em áreas diferentes, se mostrarem eficazes no tratamento da depressão vem indicar que possa existir um mecanismo neuronal comum às diversas terapias. A comparação entre antidepressivos e terapias cognitivas faz-se porque são as duas formas de tratamento a que se tem dado mais destaque nos estudos (31).

Hoje em dia, os antidepressivos são a forma padrão de tratamento da depressão sendo eficazes no alívio de sintomas da depressão unipolar. No entanto, continua a existir elevado risco de recaída e, por esse motivo, o tratamento farmacológico é continuado até 6 meses, período ao fim do qual se pode falar em recuperação. A descontinuação após esses 6 meses tem sido associada a maiores taxas de reincidência (17).

Ao contrário dos antidepressivos, as TCCs parecem alterar de forma significativa o curso da depressão a longo prazo. É sugerido que as TCCs são tão eficazes como os ADs na redução dos sintomas de depressão aguda ao mesmo tempo que os seus efeitos são mais duradouros. É facto estabelecido que metade dos doentes vão melhorar com um dado AD enquanto a outra metade irá necessitar de outro AD ou de combinação de ADs. Contudo, estes medicamentos parecem unicamente aliviar e não curar. Ou seja, apesar de eficazes no tratamento de formas agudas e podendo funcionar como prevenção em caso de manutenção de terapia, não existem evidências de que a farmacoterapia diminua o risco de futuros episódios (32).

Para formas mais ligeiras de depressão nenhuma forma de tratamento se parece superiorizar no alívio de sintomas agudos. No respeitante a formas mais graves, os AD corresponderam melhor do que os TCC no alívio rápido de sintomas (33).

A **Tabela 8.** mostra dados de uma metanálise evidenciando as taxas de recaídas representadas por vários estudos.

*Tabela 8 – Taxa de recaída (%) entre TC e AD, segundo(28)*

Study (year)	Follow-up years	CT Sample size	CT % relapse	AD Sample size	AD % relapse
1. Kovacs et al. (1981) CT>AD (trend)	1	n=19	35%	n=25	56%
2. Beck et al. (1985) CT=AD	1	n=18	45%	n=15	18%
3. Simons et al. (1986) CT>AD	1	n=24	12%	n=24	66%
4. Blackburn et al. (1986) CT>AD	2	n=15	21%	n=10	78%
5. Miller et al. (1989) CT>AD	1	n=14	46%	n=17	82%
6. Bowers (1990) CT>AD	1	n=10	20%	n=10	80%
7. Evans et al. (1992) CT>AD	2	n=10	21%	n=10	50%
8. Shea et al. (1992) NIMH CT=AD	1.5	n=22	36%	n=18	50%

## 6) Discussão e Conclusão

Como demonstram as evidências, a depressão é atualmente um grave problema de saúde mundial e, apesar de existirem diversos tratamentos eficazes, esta doença continua a ser fonte de grandes gastos de saúde. Apesar de mais estudos na área serem necessários, há evidência suficiente para que, hoje em dia, se considerem as psicoterapias como um tratamento eficaz para a depressão, com as TCCs a serem a 1ª linha dentro entre estas psicoterapias.

Ainda que a melhoria sintomática a curto prazo não seja evidente, ou, pelo menos, não tão preponderante como a documentada com os antidepressivos, estas terapias são uma forma barata e eficaz de tratamento.

Melhor que a farmacoterapia na abordagem do doente como um todo, as TCC's são uma excelente solução para dotar os doentes deprimidos com capacidades mais definitivas de lidar com perturbações depressivas. Atendendo à variedade de abordagens existentes é seguro afirmar que haverá uma solução para quase todos os doentes sendo imperativo que estes estejam dispostos a melhorar e a trabalhar, eles próprios, na melhoria da sua condição e na sua abordagem perante a vida.

Mais que referir as TCCs como forma definitiva de tratamento, cabe no objetivo desta dissertação referir estes tratamentos como pertencentes a uma classe de terapêuticas cujos conceitos deveriam ser do conhecimento de todo e qualquer profissional de saúde. Ainda que na sua forma complexa estes tratamentos tenham de ser administrados por terapeutas formados e experienciados, os seus conceitos e formas de aplicação mais simples deveriam ser do conhecimento de qualquer profissional de Saúde, das mais variadas áreas com especial destaque para os Médicos de Família. Muitos poderão até já estar a empregar muito destes conceitos de forma natural, visto que muito depende apenas do bom senso, e ainda que Médicos de Família possam não ter tempo suficiente para aplicar técnicas ao longo de várias sessões, a compreensão dos princípios básicos envolvidos permitirá ao médico ter melhores estratégias de comunicação e compreensão com, e para, os doentes. Sendo que na sua essência, as TCCs demonstram que é possível ter acesso a parte do funcionamento da mente humana sendo que esta parte, neuronal e psicológica, é que acaba por ser responsável por muito dos equilíbrios e bem-estar do corpo.

## **7) Referências Bibliográficas**

1. World Health Organization. Depression 2015 [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>].
2. Grevet EH, Knijnik L. Simpósio sobre depressão: Diagnóstico de depressão major e distímia. Revista AMRIGS. 2001;45(3,4):108-10.
3. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2003;12(1):3-21.
4. Direção-Geral de Saúde. Saúde Mental em Números. Lisboa2014.
5. Mossner R, Mikova O, Koutsilieri E, et al. Consensus paper of the WFSBP Task Force on Biological Markers: Biological Markers in Depression. The World Journal of Biological Psychiatry. 2007;8(3):141-74.
6. Bahls S-C. Depressão: Uma Breve Revisão dos Fundamentos Biológicos e Cognitivos. InterAÇÃO. 1999;3:49-60.
7. Rozenthal M, Lak J, Engelhardt E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. R Psiquiatr RS. 2004;26(2):204-12.
8. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):54-64.
9. Burns DD. Feeling Good. Morrow, editor1980.
10. Araújo AC, Neto FL. A Nova Classificação Americana para Transtornos Mentais. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. 2014;16(1):67-82.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed. American Psychiatric Association, editor2013.
12. Depression: National Institute of Mental Health,; 2011. Available from: <http://www.nimh.nih.gov>.
13. Mitchell J, Trangle M, et al. Adult Depression in Primary Care 2013. Available from: [www.icsi.org](http://www.icsi.org).
14. Ishizaki J, Mimura M. Dysthymia and Apathy: Diagnosis and Treatment. Hindawi Publishing Corporation. 2011:1-8.
15. Malcuit Gr, Granger L, Larocque A. Therapies Behaviorales Québec, Laval PdLU, , editors1972.
16. Wilkinson G, Moore P, Moore B. Guia Prático Clíptico do Tratamento da Depressão. Lisboa2005.
17. Gelenberg AJ, Freeman MP, et al. Practice Guideline for The Treatment of Patients with Major Depressive Disorder 2010. Available from: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic\\_7.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx).
18. Sousa FGM. Tratamento da Depressão. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21.
19. Linde K, Sigtermán K, et al. Effectiveness of Psychological Treatments for Depressive Disorders in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med. 2015;13:56-68.

20. Buttler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy:  
A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006;26:17-31.
21. Dobson KS, Dozois DJA. Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies. In: Guildford Publications, editor. Nova Iorque 2010. p. 1-38.
22. Rangél BP, Falconell EMdO, Sardinhal A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2007;3(3):1-22.
23. Williams R. Making sense of cognitive behaviour therapy. London: Mind; 2001.
24. Reactor NA. Cognitive-behavioural therapy: an information guide. In: Centre for Addiction and Mental Health, editor. Library and Archives Canada Cataloguing, 2010.
25. Powell VB, Oliveira IRd, et al. Terapia cognitiva-comportamental da depressão. *rev Bras Psiquiatria*. 2008;30(2):73-80.
26. Muñoz RF, Miranda J. Individual Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression. Santa Monica: Rand; 2000.
27. Wang Y-P, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. 2013;35:416-31.
28. Gloaguen V, Cottrau J, et al. Meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*. 1998;49:59-72.
29. Robinson LA, Berman JS, et al. Psychotherapy for the Treatment of Depression A Comprehensive Review of Controlled Outcome Research. *Psychological Bulletin*. 1990;108(1):30-49.
30. Chiang K-J, Chen T-H, et al. One-Year Follow-Up of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Patients Depression A Randomized Single-Blinded Controlled Study. *The Scientific World Journal*. 2015:1-11.
31. DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD. Cognitive therapy vs. medications for depression Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(10):788-96.
32. Hollon SD, DeRubeis R, et al. Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:774-81.
33. Elkin I, Shea T, al. e. Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:971-82.

## 8) ANEXOS

### ANEXO 1 - Beck Depression Inventory

Nota: Os resultados deste inventário podem ser avaliados pelos próprios doentes, com acesso destes a escala de avaliação de pontos

1.

0( ) do not feel sad.

1( ) feel sad

2( ) am sad all the time and I can't snap out of it.

3( ) am so sad and unhappy that I can't stand it.

2.

0( ) am not particularly discouraged about the future.

1( ) feel discouraged about the future.

2( ) feel I have nothing to look forward to.

3( ) feel the future is hopeless and that things cannot improve.

3.

0( ) do not feel like a failure.

1( ) feel I have failed more than the average person.

2( ) As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.

3( ) feel I am a complete failure as a person.

4.

0( ) get as much satisfaction out of things as I used to.

1( ) don't enjoy things the way I used to.

2( ) don't get real satisfaction out of anything anymore.

3( ) am dissatisfied or bored with everything.

5.

0( ) don't feel particularly guilty

1( ) feel guilty a good part of the time.



2( ) feel quite guilty most of the time.

3( ) feel guilty all of the time.

6.

0( ) don't feel I am being punished.

Beck Depression Inventory - Continuação...

1( ) feel I may be punished.

2( ) expect to be punished.

3( ) feel I am being punished.

7.

0( ) don't feel disappointed in myself.

1( ) am disappointed in myself.

2( ) am disgusted with myself.

3( ) hate myself.

8.

0( ) don't feel I am any worse than anybody else.

1( ) am critical of myself for my weaknesses or mistakes.

2( ) blame myself all the time for my faults.

3( ) blame myself for everything bad that happens.

9.

0( ) don't have any thoughts of killing myself.

1( ) have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.

2( ) would like to kill myself.

3( ) would kill myself if I had the chance.

10.

0( ) don't cry any more than usual.

1( ) cry more now than I used to.

2( ) cry all the time now.

3( ) used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

11.

0( ) am no more irritated by things than I ever was.

1( ) am slightly more irritated now than usual.

2( ) am quite annoyed or irritated a good deal of the time.

3( ) feel irritated all the time.

12.

0( ) have not lost interest in other people.

1( ) am less interested in other people than I used to be.

2( ) have lost most of my interest in other people.

3( ) have lost all of my interest in other people.

13.

0( ) make decisions about as well as I ever could.

1( ) put off making decisions more than I used to.

2( ) have greater difficulty in making decisions more than I used to.

3( ) can't make decisions at all anymore.

14.

0( ) don't feel that I look any worse than I used to.

1( ) am worried that I am looking old or unattractive.

2( ) feel there are permanent changes in my appearance that make me look  
unattractive

3( ) believe that I look ugly.

15.

0( ) can work about as well as before.

1( ) It takes an extra effort to get started at doing something.

2( ) have to push myself very hard to do anything.

3( ) can't do any work at all.

16.

0( ) can sleep as well as usual.

1( ) don't sleep as well as I used to.

2( ) wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.

3( ) wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.

17.

0( ) don't get more tired than usual.

1( ) get tired more easily than I used to.

2( ) get tired from doing almost anything.

3( ) am too tired to do anything.

18.

0( ) My appetite is no worse than usual.

1( ) My appetite is not as good as it used to be.

2( ) My appetite is much worse now.

3( ) have no appetite at all anymore.

19.

0( ) haven't lost much weight, if any, lately.

1( ) have lost more than five pounds.

2( ) have lost more than ten pounds.

3( ) have lost more than fifteen pounds.

20.

0( ) am no more worried about my health than usual.

1( ) am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.

2( ) am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.

3( ) am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.

21.

0( ) have not noticed any recent change in my interest in sex.

1( ) am less interested in sex than I used to be.

2( ) have almost no interest in sex.

3( ) have lost interest in sex completely.

## ANEXO 2 - Escala Diária de Humor

NOTA: Nesta escala um valor de “9” representa a melhor disposição que é possível imaginar.

Um valor de “5” representa um humor normal, o mais comum na maioria dos dias.

“1” Significa o pior humor possível de imaginar.

Nesta escala existe a possibilidade de se colocar pensamentos negativos e positivos.

### DAILY MOOD SCALE

Week Number \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Week Starting: \_\_\_\_\_

Day		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
D A I L Y	BEST	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7
		6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5
M O O D	AVERAGE	4	4	4	4	4	4	4
		3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1	1
	WORST	1	1	1	1	1	1	1

Number of  
thoughts

Positive: \_\_\_\_\_

Negative: \_\_\_\_\_